

ARTIGO CIENTÍFICO

Estratégia da Saúde da Família em Manaus: uma avaliação dos aspectos administrativos e operacionais

Family Health Strategy in Manaus: an evaluation of the administrative and operational aspects

RESUMO

Objetivo: analisar o perfil de atuação das equipes de saúde do Programa Saúde da Família (PSF), na cidade de Manaus, identificando seus aspectos administrativos e operacionais.

Metodologia: a cidade de Manaus possuía, em 2007, 04 gestores, um para cada distrito e 114 equipes de saúde da família, sendo 53 de ESB. O estudo foi de natureza observacional, transversal, qualitativo e quantitativo. Constatou-se na aplicação de dois questionários, o primeiro abordou os aspectos administrativos, e, o segundo abordou aspectos operacionais. Foi utilizada estatística descritiva para a análise dos resultados e o programa DSC/Qualiquantisoft, no método qualitativo para análise do discurso do sujeito coletivo.

Resultados: em relação aos aspectos operacionais e administrativos destacam-se positivamente: cursos de capacitação e o universo dos usuários assistidos, satisfação da comunidade e a melhoria da atenção à saúde integral da comunidade e; negativamente: não organização da demanda, a precariedade física das UBS, o número reduzido das ESB frente à demanda da população, dificuldades no gerenciamento técnico das equipes, a gestão do sistema e dificuldades com a equipe de trabalho.

Conclusão: os resultados apresentados demonstraram dificuldades sérias na organização da demanda e principalmente na questão da referência e contra-referência.

Palavras-chave: Equipes de Saúde da Família. Avaliação Administrativa. Avaliação Operacional.

ABSTRACT

Aim: of this study was to analyze the profile of work of health teams in the city of Manaus, identifying its administrative and operational aspects.

Methodology: the city of Manaus had, in 2007, 04 managers, one for each district and 114 family health teams, 53 oral health. The study was observational, cross-sectional quantitative and qualitative and consisted of the application of two questionnaires, the first dealt with the administrative aspects and the second with the operational aspects. Descriptive statistics were used for the analysis of results and the program of the DSC/Qualiquantisoft, the qualitative method of collective subject speech.

Results: in relation to operational and administrative aspects that stand out positively: training courses and the universe of users assisted, community satisfaction and improved health care and comprehensive community; negatively, no organization of demand, poor physical of office, the small number of office to fulfill the demand of the population, difficulties in managing technical teams, managing the system and difficulties with the team.

Conclusion: the results demonstrated serious difficulties in organizing the demand.

Keywords: Family Health Team. Administrative Evaluation. Operational Evaluation.

Olavo das Neves Junior*
Marcelo de Castro Meneghim**
Antonio Carlos Pereira**

*CD, Me, Aluno do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, SP, Brasil.

**CD, Me, Dr, Professor, Área de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim
Departamento de Odontologia Social
Faculdade de Odontologia de Piracicaba –
Unicamp
Av. Limeira, 901. Bairro Areião. Piracicaba/SP
CEP: 13413-901
E-mail: meneghim@fop.unicamp.br

Enviado: 10/10/2010

Aceito: 20/02/2011

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) teve seu início em 1994, para transformar-se em um novo paradigma de reorientação assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios básicos do Sistema Único de Saúde¹. Esta nova prática exige a presença de equipes multiprofissionais com visão holística desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Para tanto, deve realizar uma permanente interação com a comunidade no sentido de estimular sua participação e envolvê-la nas atividades².

Um atributo fundamental da atenção primária é a sua definição como porta de entrada do sistema de saúde e filtrar o acesso aos outros níveis. A Estratégia Saúde da Família (ESF) propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços e ações de saúde, bem como sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Essa estratégia assume o compromisso de prestar assistências universais, integrais, equânimes, contínuas e resolutivas à população, tanto nas unidades de saúde quanto nos domicílios, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada^{3,4}. Nesse sentido, a ESF objetiva a integração e a organização das atividades em um território definido, com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados, com vistas a mudanças radicais no sistema, de forma articulada e perene.

Na cidade de Manaus, capital do estado do Amazonas, o referido programa iniciou-se no ano de 1999, onde todos os recursos humanos foram contratados pela própria Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), não existindo terceirização dos contratos de trabalho.

Dada à importância das equipes de saúde no âmbito individual e coletivo em uma comunidade, e como parte integrante das políticas públicas de saúde no Brasil e sua inserção no SUS, busca-se neste trabalho analisar o perfil de atuação das equipes de saúde do Programa de Saúde da Família, na cidade de Manaus, identificando seus aspectos administrativos e operacionais.

MATERIAL E MÉTODOS

O projeto foi aprovado pelo CEP/UEA, processo n.124/08 em observação aos aspectos éticos preconizados pela Comissão Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, Resolução 196/96.

Caracterização da amostra

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, SEMSA, a cidade de Manaus possuía, em 2007, 04 gestores, um para cada distrito, e 114 equipes de saúde da família, sendo distribuídas da seguinte forma: 15 no Distrito Leste (13,2%), 26 no Distrito Norte (22,8%), 34 no Distrito Oeste (29,8%) e 39 no Distrito Sul (34,2%), nas quais estão inseridas 53 equipes de saúde bucal – tipo ESB I: 18 no Distrito Leste (34%), 17 no Distrito Norte (32,1%), 07 no Distrito Oeste (13,2%) e 11 no Distrito Sul (20,7%). O número de profissionais, por categoria e região, está demonstrado no quadro 1. Este estudo considerou todas as equipes de saúde da família.

Quadro 1. Distribuição do número de profissionais segundo a categoria e região.

	LESTE	NORTE	OESTE	SUL	MANAUS
MÉDICO	33	43	41	50	167
ENFERMEIRO	33	43	41	50	167
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	57	83	74	88	302
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	262	299	237	300	1098
CIRURGIÃO-DENTISTA	19	17	7	11	54
AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO	19	17	7	11	54
TOTAL GERAL:	423	502	407	510	1842

Fonte: SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA – DEZEMBRO/2007

Tipo de Estudo

O estudo foi de natureza observacional, transversal, qualitativo e quantitativo e constou na aplicação de dois tipos de questionários, que apresentavam questões objetivas (fechadas) e subjetivas (abertas), abordando aspectos administrativos e operacionais.

Estudo Piloto

Foi realizado um estudo piloto com a aplicação dos instrumentos utilizados na pesquisa, em 10% do universo, aos gestores e profissionais, para avaliar problemas de interpretação e consequentes dificuldades no correto preenchimento das respostas.

Instrumento de análise

Um dos questionários abordou aspectos administrativos das equipes de saúde da família e das equipes de saúde bucal tendo sido aplicado e respondido por todos os gestores dos distritos, contendo questões relativas à: a) início das implantações das equipes de saúde; b) número de equipes no distrito; c) população coberta pelas equipes de saúde; d) localização das equipes de saúde; e) forma de contratação dos Médicos, Enfermeiros e Cirurgiões-Dentistas das equipes de saúde; f) jornada de trabalho dos profissionais das equipes de saúde; h) recursos destinados às equipes de saúde da família e de saúde bucal. O segundo questionário abordou aspectos operacionais das equipes de saúde, a todos os 167 Médicos, 167 Enfermeiros e aos 54 Cirurgiões-Dentistas que atuam nas equipes de saúde da família em Manaus, buscando informações relativas à: a) tempo de contratação do profissional no PSF e PSB; b) participação em cursos de capacitação; c) tipo de clientela atendida pela equipe de saúde; d) organização da demanda; e) frequência de visitas domiciliares; f) referência e contra-referência; g) ações desempenhadas pelo profissional e pessoal auxiliar; h) integração entre a equipe de saúde da família ESF e a equipe de saúde bucal ESB. A questão subjetiva (aberta) solicitou que fossem relatadas as experiências, inovações, dificuldades ou mudanças observadas em relação às ESF e ESB⁵.

Os questionários foram aplicados por meio de um contato pessoal com os sujeitos participantes da pesquisa.

Análise Estatística

Foi utilizada estatística descritiva para a análise dos resultados. As variáveis quantitativas foram descritas por meio de médias e desvios-padrão e porcentagens. A digitação e consistência dos dados foram realizadas no programa Epi-Info versão 6.04. A análise qualitativa foi feita utilizando-se o pacote estatístico SPSS, versão 14.0, além do programa do DSC/Qualiquantisoft, recomendado no método qualitativo do discurso do sujeito coletivo⁶.

RESULTADOS

Aspectos Administrativos

Foram entrevistados quatro profissionais, que são os gestores de cada um dos quatro distritos, sendo dois enfermeiros, um no distrito Norte e outro no distrito Sul, um Cirurgião-Dentista do distrito Leste e uma assistente social do distrito Oeste.

Dois gestores responderam que foi por teste seletivo interno a forma de contratação dos profissionais no PSF em Manaus, enquanto um gestor respondeu que a forma foi por contrato estatutário e o outro respondeu que foi por concurso externo e regime de contratação temporária. Em relação à jornada de trabalho, todos os gestores responderam que os profissionais trabalham 8 horas/dia (40 horas/semana).

Quanto aos incentivos financeiros, todos os gestores responderam que o incentivo financeiro (PAB variável) das equipes de Saúde Bucal (ESB) é revertido totalmente para a odontologia no PSF. Dois gestores responderam que há outra forma de financiamento (um deles respondeu que é municipal), enquanto que os outros dois responderam que não há outra forma de financiamento. Além disso, dois gestores responderam que o município foi contemplado com recurso extra para as Equipes de Saúde Bucal no PSF, como o PROESF, enquanto que os dois outros gestores responderam que não, ou seja, o município não foi contemplado com recurso extra.

Para finalizar, todos os gestores responderam que consideram importante a inclusão das Equipes de Saúde Bucal na Equipe de Saúde da Família.

Aspectos Operacionais

Os questionários respondidos pelos 103 profissionais, Médicos, Enfermeiros e Cirurgiões-Dentistas, do PSF em Manaus, apontavam que a grande maioria já participou de cursos de capacitação sobre o referido programa (91,3%) e também que a clientela atendida, pelas Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal são gestantes, bebês, pré-escolares, escolares, adolescentes, adultos e idosos (89,3%), o que pode indicar a observação do princípio da universalidade no atendimento.

Com relação à organização da demanda, observa-se que (67%) é feita principalmente na residência do paciente pelo agente comunitário de saúde, e por outro lado constata-se um baixo número de equipes utilizando a triagem de risco que seria uma forma de incorporar aos serviços os princípios da equidade. A grande maioria respondeu que os casos de maior complexidade são encaminhados ao Centro de Referência (especialidades) no próprio município.

No que se refere à participação das Equipes de Saúde bucal nas reuniões, metade dos participantes responderam que sim. Com relação às respostas ignoradas (26,2%), os

participantes deixaram de responder porquanto não possuíam Equipes de Saúde Bucal. No quesito que dizia respeito ao envolvimento entre a Equipe de Saúde da Família, e a Equipe de Saúde Bucal, metade dos entrevistados declarou que sim, existe o envolvimento e a outra metade declarou que não existe o envolvimento entre as ESF e ESB. Os ignorados referem-se àqueles que relataram não ter equipe de saúde bucal.

Mais da metade dos respondentes (54,4%) declarou que não são utilizados prontuários únicos para a Equipe de Saúde Bucal e Equipe de Saúde da Família, novamente os ignorados referem-se aos que disseram não ter uma Equipe de Saúde Bucal conjuntamente com a ESF (Tab. 1).

Tabela 1. Distribuição da amostra (número absoluto e porcentagem), de acordo com os aspectos operacionais.

Variável	Categoria	Nº	%
<i>Curso de capacitação (PSF)</i>	Sim	94	91,2
	Não	8	7,8
<i>Clientela atendida</i>	Não respondeu	1	1,0
	Gestantes, bebês, pré-escolares,	96	93,2
<i>Agendamento</i>	Gestantes, bebês, pré-escolares, escolares, adolescentes, adultos, idosos	4	3,9
	Não respondeu	3	2,9
	Residência, pelo agente de saúde	25	24,3
	Residência, outra forma	62	60,2
<i>Periodicidade da visita aos Domicílios</i>	Livre demanda	13	12,6
	Não respondeu	3	2,9
	Sempre que necessário	36	35,0
<i>Referência e contra-referência</i>	Semanalmente	36	35,0
	Nunca	6	5,8
	Outras combinações	25	24,2
<i>Periodicidade das reuniões</i>	Centro de referência no município	94	91,2
	Centro de referência em outro estado	4	3,9
	Outras combinações	5	4,9
	Semanalmente	53	51,4
<i>Participação da equipe de Saúde bucal na reunião</i>	Mensalmente	21	20,4
	Quinzenalmente	13	12,6
	Esporadicamente	10	9,7
	Nunca	2	1,9
	Diária	1	1,0
	Outras combinações	3	3,0
	Sim	38	36,9
	Não	38	36,9

	Ignorado (ESF não possui ESB)	27	26,2
<i>Envolvimento entre a equipe</i>	Sim	40	38,8
<i>de saúde bucal e equipe</i>	Não	42	40,8
<i>de saúde da família</i>	Ignorado (ESF não possui ESB)	21	20,4
<i>Prontuários únicos</i>	Sim	25	24,3
	Não	56	54,3
Total	Ignorado (ESF não possui ESB)	22	21,4
		103	100,0

Ao analisar-se a participação de profissionais, Médicos, Enfermeiros e Cirurgiões-Dentistas, conjuntamente na pesquisa realizada, observa-se uma maior participação daqueles do Distrito Sul (39,8%), seguido do Distrito Leste (27,2%). Em relação à profissão, os Enfermeiros foram os que tiveram uma maior participação (47,6%), seguidos dos Médicos (33,9%) e por fim os Cirurgiões-Dentistas (18,5%) (Tab. 2). O tempo médio de trabalho no PSF foi de 5,23 anos (desvio padrão=2,6 anos), com tempo mínimo de 0,2 e máximo de 10 anos.

Tabela 2. Número e porcentagem para as variáveis de caracterização da amostra estudada na cidade de Manaus, AM, Brasil, em 2009.

Variável	Categoria	Nº	%
Distrito	Norte	16	15,5
	Sul	41	39,8
	Leste	28	27,2
	Oeste	18	17,5
Total		103	100,0
Profissão	Médico	35	33,9
	Enfermeiro	49	47,6
	Cirurgião Dentista	19	18,5
Total		103	100,0

No Distrito Norte, Sul e Oeste. A categoria profissional de Enfermeiros teve uma maior participação na pesquisa, enquanto que no Distrito leste, a maioria dos participantes foi de Cirurgiões-Dentistas (Tab. 3).

Tabela 3. Distribuição da amostra (número absoluto e porcentagem), de acordo com o Distrito e a Profissão, na cidade de Manaus, AM, Brasil, em 2009.

Variável		Distrito									
		Norte		Sul		Leste		Oeste		Total	
		N	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Profissão	Médico	6	37,5	19	46,3	4	14,3	6	33,3	35	33,9
	Enfermeiro	7	43,7	21	51,3	9	32,1	12	66,7	49	47,6
	Cirurgião Dentista	3	18,8	1	2,4	15	53,6	-	-	19	18,5
Total		16	100,0	41	100,0	28	100,0	18	100,0	103	100,0

No que respeita os problemas enfrentados com a questão da referência e contra-referência, no PSF em Manaus, identifica-se grandes dificuldades que vão desde a falta de entrosamento das redes Municipal e Estadual, perpassando por dificuldades de comunicação interinstitucional e dos profissionais que as compõem, resultando no fato de alguns pacientes referenciados retornarem às unidades sem o atendimento, conforme atestaram 71,84 % dos entrevistados, denotando assim sérios problemas nesse mister dentro do PSF (Tab. 4).

Tabela 4. Percentual de Idéias Centrais entre entrevistados frente à questão “Quais os problemas enfrentados com a questão de referência e contra-referência?”. Manaus, 2009.

Idéias Centrais	N	%
Não existe sistema de referência e contra- referência	10	9,71
Há dificuldades no sistema	74	71,84
Problemas de agendamento	20	19,42
Problemas com exames	2	1,94
Não há problemas	4	3,88
Dificuldades burocráticas	3	2,91
Não respondeu	2	1,94
Dificuldade de acesso da população	1	0,97

Obs: foram entrevistadas 103 pessoas. Uma mesma pessoa pode ter emitido mais de uma idéia central - Cálculo percentual: freqüência da Idéia Central/ 103*100.

Quando questionados sobre os pontos positivos observados pelas ESF e ESB na cidade de Manaus, verificou-se a boa aceitação, participação e o apoio da comunidade manauara ao programa (20,39%) (Tab. 5), visto como “um novo espaço de práticas e relações a serem construídas” com possibilidades de reorientar o processo de trabalho e o aumento de cobertura dos serviços de saúde⁷. Muito embora a infra-estrutura dos módulos de saúde da família tenham sido apontados como pontos positivos, melhorando sobremaneira a relação do binômio paciente/profissional, verifica-se a necessidade de investimentos nessa área. Em relação aos insumos e demais medicamentos, esses apresentam estoque regular.

Os ‘Pontos positivos’ apontados pelas Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal estão descritos na tabela 5 e, os ‘Pontos negativos’ estão relacionados na tabela 6, da análise do discurso do sujeito coletivo.

Tabela 5. Percentual de Idéias Centrais entre entrevistados frente à questão “Pontos positivos apontados pelas Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal”. Manaus, 2009.

Idéias Centrais	N	%
Apoio, participação e satisfação da comunidade e aderência da população aos programas de saúde	21	20,39
Infra - estrutura, equipamentos e insumos adequados	9	8,74
Inserção e ampliação da equipe de saúde bucal	5	4,85
Equipe valorizada (treinamento, salário, gerenciamento), bem entrosada, disposta, compromissada	15	14,56
Melhoria da atenção à saúde integral da comunidade com base na prevenção, promoção de saúde e desenvolvimento de programas	19	18,45
Conhecimento da comunidade e da realidade do usuário	9	8,74
Aproximação da comunidade e equipe de saúde	16	15,53
Utilização de índices epidemiológicos para o planejamento e desenvolvimento de ações de vigilância à saúde	12	11,65
Melhoria do acesso das comunidades aos serviços de saúde	7	6,80
Atividade educativa junto à comunidade	9	8,74
Não há pontos positivos	3	2,91
Não respondeu	23	22,33

Obs: foram entrevistadas 103 pessoas. Uma mesma pessoa pode ter emitido mais de uma idéia central. Cálculo percentual: frequência da Idéia Central/ 103*100

Tabela 6. Percentual de Idéias Centrais entre entrevistados frente à questão “Pontos negativos, enfrentados pela Equipe de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal”. Manaus, 2009.

Idéias Centrais	N	%
Problemas com o gerenciamento técnico, burocrático ou administrativo	24	23,30
Problemas políticos	1	0,97
Problemas com a infra-estrutura, equipamentos e insumos	45	40,78
Problemas de gestão do sistema: cobertura, municipalização, referência e contra-referência e integração de serviços	17	16,50
Problema com a acessibilidade dos serviços	7	6,80
Problemas com as equipes de trabalho	19	19,42
Problemas com a equipe de saúde bucal	26	27,18
Atividade educativa deficiente	11	10,68
Problemas com a comunidade	7	6,80
Problemas com a segurança e o saneamento básico	7	6,80
Não há problemas	2	1,94
Não respondeu	11	10,68
problemas com o saneamento	2	1,94

Obs: foram entrevistadas 103 pessoas. Uma mesma pessoa pode ter emitido mais de uma idéia central. Cálculo percentual: frequência da Idéia Central/ 103*100.

DISCUSSÃO

A inserção e ampliação das ESB dentro do PSF em Manaus promoveu uma mudança de paradigma, promovendo atendimento Odontológico para gestantes, hipertensos e diabéticos, o que não ocorria anteriormente, indo, portanto ao encontro do que preconiza o MS.

A valorização profissional, ainda que seja algo incipiente no âmbito da SEMSA, aliada à melhoria das condições de trabalho apontam para um melhor relacionamento inter-profissional, sendo fundamentais para o sucesso do trabalho multiprofissional. A melhoria da atenção à saúde integral da comunidade com base na prevenção e na promoção de saúde (18,45%) apresenta-se como um novo espaço de práticas e relações a serem construídas com possibilidades de reorientar o processo de trabalho e a própria inserção dos serviços de saúde. A inserção das equipes na comunidade favorece o contato direto com as famílias de uma determinada área geográfica, propiciando assim uma melhor relação inter-pessoal (15,53%). Nota-se que a utilização de ferramentas epidemiológicas é pouco utilizada, embora represente uma importante mudança na maneira de organizar a demanda (11,65%). Há facilidade de acesso da população ao PSF em Manaus com o atendimento domiciliar promovido aos comunitários acamados, e, portanto impossibilitados de locomoção até as UBS (6,80%). São realizadas palestras educativas em saúde para a comunidade com frequência mensal (8,74%). Apenas (2,91%) responderam que não há pontos positivos e (22,33%) não responderam a questão, como demonstrado na tabela 5.

Ao analisar os pontos negativos relatados pelas ESF e ESB na cidade de Manaus (20,39%), relataram que há problemas de gerenciamento, porque a lógica gerencial está centrada no quantitativo de procedimentos em detrimento do qualitativo, contrariando a recomendação do Ministério da Saúde que preconiza que para maior resolutividade do serviço, deve-se disponibilizar tempo de consulta suficiente e adequado à complexidade do tratamento⁷, enquanto (0,97%), relataram que as mudanças a cada gestão de um novo prefeito eleito, fazem com que estes fiquem a mercê das alterações, esse fato se repete ao longo dos anos pelo país.

Dificuldades com a infra-estrutura, equipamentos, insumos e outros materiais pontificam como o principal dos problemas enfrentados pelas ESF e ESB na cidade de Manaus, aonde a estrutura física inadequada das UBSF dificulta o atendimento, não havendo privacidade dentro do consultório, em razão de só haver uma sala de atendimento para o Médico e o Enfermeiro, além da falta de materiais e insumos indispensáveis para os profissionais desenvolverem suas atividades dentro das ações planejadas (40,78%). Outro problema elencado pelos profissionais do PSF em Manaus, diz respeito à gestão do programa, faltando à efetiva integração com outras secretarias do próprio município, como a SEMOSB/SAMU/SEMMA, além da falta de colaboração mais efetiva entre a SEMSA e a SUSAM do Estado, principalmente no que respeita o efetivo funcionamento da referência e a contra-referência do PSF em Manaus, quando muitas vezes o encaminhamento dos pacientes das UBSF não é aceito nas unidades de referência do Estado, contrariando assim o Ministério da Saúde⁸, que preconiza, “O PSF deve estar articulado com os demais níveis de atenção de sorte a ordenar os encaminhamentos, racionalizando o uso dos recursos terapêuticos mais caros”, além do fato das policlínicas possuírem poucos especialistas, para atenderem a demanda (16,50%).

Há problemas também de acessibilidade física dos comunitários às UBSF na cidade de Manaus, bem como das ESF para as visitas domiciliares, devido alguns acidentes geográficos, e ausência de planejamento urbano, como por exemplo, a existência de abismos e crateras em algumas vias da periferia de Manaus (6,80%). Também foram apontados problemas de relacionamento entre as equipes, além da necessidade de maior participação do Serviço Social no programa, sobretudo a necessidade de introdução de profissionais de Fisioterapia nas equipes do PSF em Manaus (19,42%). Não há ESB em todas as UBS, portanto os pacientes com necessidades de tratamento odontológico são encaminhados para os centros de referência mais próximos que oferecem esse tipo de atendimento, entretanto, muitas vezes o encaminhamento Médico não é aceito pelo Cirurgião-Dentista, havendo clara necessidade de expansão da oferta desse importante serviço, aumentando assim, a sua capilaridade no PSF em Manaus, paralelamente dever-se-ia melhor capacitar os Técnicos de Enfermagem e ACS, para a prevenção em saúde bucal (27,18%). Resultados semelhantes são citados por Manfredini⁹, que preconizou “As ações coletivas devem ser feitas pelo THD, pelo ACD e pelo ACS, compete ao Cirurgião-Dentista organizá-las e supervisioná-las”, coadjuvado nesse mister por Capistrano¹⁰, que atestou “O CD, profissional de nível superior, é muito caro para realizar atividades que técnicos de nível médio bem capacitados podem perfeitamente realizar. As atividades de educação em saúde tem sofrido solução de continuidade constantes, porquanto, há pouco investimento em material didático, além da ausência de espaço físico adequado nas UBSF para a realização das palestras ou reuniões com a comunidade (10,68%).

Alguns problemas entre as equipes do PSF e a comunidade são verificados principalmente pela falta de entendimento dos objetivos do PSF, e de seu caráter preventivo, preferindo a livre demanda, à demanda programada (6,80%). Essa opinião da comunidade, se choca com as mais bem sucedidas experiências do programa que visam fundamentalmente à racionalização e consequentemente a otimização na utilização das capacidades dos profissionais que compõem as equipes¹⁰.

Problemas com a segurança pública em determinadas áreas e o saneamento básico foram relatados por (6,80%) dos entrevistados, enquanto (1,68%) atestaram não haver problemas de qualquer ordem, por fim (10,68%) não responderam ao questionamento (Tab. 6).

CONCLUSÃO

- Em relação aos aspectos operacionais e administrativos relacionados à percepção dos profissionais destacam-se positivamente: cursos de capacitação e o universo dos usuários assistidos, satisfação da comunidade e a melhoria da atenção à saúde integral da comunidade e; negativamente: não organização da demanda, a precariedade física das UBSF, o número reduzido das ESB frente à demanda da população, dificuldades no gerenciamento técnico das equipes, a gestão do sistema e dificuldades com a equipe de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Brasil 2001. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Programa Saúde da Família - PSF. Brasília: MS; 2001.

2. Brasil 2000a. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Abrindo a porta para a Dona Saúde entrar: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília: MS; 2000.
3. Sousa MF. O PSF nos Grandes Centros Urbanos: o passado nos condena. In: Sousa MF. Organizadora. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: Hucitec; 2002. 1: 23-33.
4. Silva HM. O perfil dos municípios e dos coordenadores de saúde bucal pertencentes à região de Bauru (DIR-X) em relação à atenção básica à saúde (SUS). Faculdade de Bauru, 2007.
5. Lourenço EC. A inserção de Equipes de saúde Bucal no Programa de Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. Dissertação apresentada à faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas para obtenção de título de mestre em Saúde Coletiva. Piracicaba – SP, 2005.
6. Lefevre F, Lefevre AMC. Depoimentos e Discursos : uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Liber Livro; 2005.
7. Brasil 2004. Ministério da Saúde. Coordenação de saúde bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: MS; 2004.
8. Brasil 2000b. Departamento da atenção básica. Secretaria de políticas de saúde. Informes técnicos institucionais: programa saúde da família. Rev Saúde Pública 2002; 34(3): 316-9.
9. Manfredini MA. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Brasil. In: Dias AA., organizador. Saúde Bucal Coletiva: Metodologia de Trabalho e Práticas. São Paulo: Santos; 2005.
10. Capistrano DF. O cirurgião-dentista no programa de saúde da família. São Paulo: mimeo; 2000.